

# 医療機器共同利用申込書(診療情報提供書)

申込日 年 月 日

紹介先医療機関 **水戸赤十字病院**

〒310-0011 水戸市三の丸3-12-48

**FAX:029-233-3050**

水戸赤十字病院受診歴 (有・無)

診察券番号 (ID: )

検査希望日時等 ( )

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

※保険証コピーのFAXでも可

保険者番号		記号・番号		本人・家族	負担割合	割
公費負担者番号		受給者番号		健保以外 { 生保・自賠・労災・その他 }		
フリガナ				生年月日		
患者氏名				男・女	年 月 日 ( 歳 )	
住所	〒 -				電話番号 - -	
検査種類	CT検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	MRI検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	RI検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳スペクト <input type="checkbox"/> その他 ( )
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸髄	<input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 <input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他	
読影依頼	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
臨床診断						
臨床経過等						
造影の場合	◆Cre値 ( ) 検査日 年 月 日			eGFR ( )	◆喘息: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	同意書	<input type="checkbox"/> 患者さまへお渡し済み		◆アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
患者さまの状況	◆体内金属: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			◆心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	◆妊娠: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			◆糖尿病: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ◆内服薬 ( )		
(記載要領)	1.該当する検査種類・部位を ✓ にて記してください。 2.読影依頼、同意書の欄への記入は必ず実施してください。 同意書に不備がございますと造影検査が実施できない場合がございます。					

\*診療情報提供書・同意書(造影剤を使用する場合)を患者様に御持参いただくようお願いいたします。

## 【地域医療連携課】

**FAX:029-233-3050** 予約FAX受付時間:平日8:30~17:00

TEL: 029-233-5001

※FAX受付時間外と休診日のお申し込みについては、翌診療日の対応となります。

## 《 予 約 通 知 書 控 》

予約日: 年 月 日 ( ) 時 分

診療科: 放射線科 担当医師: 医師

患者ID: \_\_\_\_\_